

Brésil, une transition atypique ?

Ou la non nécessité
d'une politique de population

Philippe Hamelin

À Bucarest, le Brésil était dans le camp de l'Algérie et du Cameroun. C'est seulement après la conférence de Mexico, en 1986, que le Gouvernement brésilien a reconnu la nécessité de la planification familiale. Les hôpitaux publics ont été alors autorisés à distribuer des contraceptifs et à pratiquer la ligature des trompes qu'ils pratiquaient avant à grande échelle mais, dans la plus grande illégalité. L'église catholique, les militaires, la Gauche et la Droite nationaliste sont restées natalistes.

Et pourtant, le Brésil a connu en trente ans une baisse de la fécondité très importante : 6,28 enfants par femme en 1960, 5,76 en 1970, 4,35 en 1980, puis 2,7 en 1991. Cette baisse est liée à un fort taux d'utilisation de méthodes contraceptives (65 % des femmes mariées en 1984); elle s'est enclenchée en 1965, dès que ces méthodes sont devenues disponibles. D'autres pays, tels que le Mexique et l'Indonésie, qui ont mis en place des politiques de population très importantes et jugées efficaces (Quesnel, 1993), atteignent des taux équivalents pour l'utilisation des méthodes contraceptives mais gardent des taux de fécondité légèrement plus élevés.

La transition démographique au Brésil serait-elle atypique ? Ou doit-on relativiser l'impact des politiques de population ? Il ne faut pas confondre politique de population et programme de planification familiale (PPF). Le second n'est qu'un des instruments de mise en œuvre de la première. En démocratie, la définition et la mise en œuvre d'une politique doivent répondre à une volonté ou à une demande

collective exprimées. Si nous nous en tenons à cette définition, d'un strict point de vue démographique, l'offre contraceptive dans le cadre d'un PPF ne serait légitime que, si et seulement si, il était prouvé l'existence d'une demande insatisfaite. Un PPF, qui susciterait la demande et y répondrait, est-il pour autant illégitime ? Non, si il n'a pas pour unique justification une analyse démographique. Une politique de population ne répond pas qu'à des souhaits en terme de reproduction ; c'est un arbitrage entre d'une part, les aspirations économiques et sociales d'un peuple et, d'autre part, les ressources et les intérêts à court et à long terme d'une nation. La démographie n'est pas l'ordonnatrice des politiques de population. Elle ne peut que constater et prévoir les conséquences des phénomènes liés à la reproduction humaine. Il n'y a pas une crise des paradigmes démographiques (Quesnel 1993) si nous admettons que la démographie n'a pas à expliquer le monde. Il ne faut pas rendre le porteur de nouvelles responsable de celles-ci. Si notre planète a connu une croissance de sa population humaine comme elle n'en a jamais connu et n'en connaîtra sans doute jamais plus (Vallin 1988), si les transitions sont très brutales dans le monde en développement, si le vieillissement devient un problème majeur, si la population mondiale est devenue majoritairement urbaine, ce n'est ni la faute aux démographes ni à la démographie. Les indicateurs démographiques ne révèlent que les profondes mutations qui sont en cours dans nos sociétés. Au-delà des paradigmes et des schémas d'analyse, ce sont les référents cosmologiques de notre univers social qui sont en crise. Il y a un effort collectif à entreprendre pour qu'à nouveau nos représentations soient en phase avec les transformations sociales. Il est donc premièrement nécessaire de prendre conscience des mutations que nous vivons ; pour cela, les paradigmes démographiques actuels restent des outils opératoires puissants qui permettent de constater la brutalité des changements. À condition, comme le dit H. Lebras (1992) : « que l'on ne fasse pas de la croissance démographique un bouc-émissaire à tous les problèmes ». Sans parler de Cousteau qui veut réduire la population de la planète à 800 millions, nous pouvons citer H. Atlan (1992) : « Je vois à l'échelle de quelques siècles une catastrophe liée à l'explosion démographique si la tendance actuelle ne se modifie pas. Pour moi tous les autres problèmes sont la conséquence du phénomène démographique », ou encore J. C. Pecker (1992) : « Plus nombreux sont les hommes, plus graves sont les pollutions. Si Bucarest avait fait de la maîtrise de la

croissance démographique une condition au développement du tiers-monde, la crise écologique en a fait la responsable de tous les maux ». Cette obsession de la maîtrise de la croissance démographique fait que les politiques de population ne se réduisent qu'à une offre massive de contraceptifs à travers des PPF. Il ne faudrait pas oublier que les variations de l'intensité de la reproduction humaine n'affectent pas seulement la masse de la population mais aussi sa structure, donc indirectement l'ensemble de son organisation sociale et que ce sont les variations brutales aussi bien à la hausse qu'à la baisse qui sont très déstabilisatrices pour l'édifice social. L'arrêt brutal d'une croissance rapide peut être aussi néfaste que de ne rien faire pour maîtriser de cette croissance.

L'exemple du Brésil, en s'appuyant sur les statistiques nationales et sur les résultats d'une étude menée dans une petite région amazonnienne¹, nous permet de montrer que, si une politique de population n'est pas toujours indispensable pour déclencher la deuxième phase de la transition, un suivi de l'évolution des indicateurs démographiques semble nécessaire pour permettre d'ajuster les politiques socio-économiques aux conséquences (vieillesse et urbanisation) d'une transition rapide.

Le constat d'une transition rapide

Au Brésil, la baisse de la fécondité est apparue en 1965 dans les classes riches des grandes capitales (Rio de Janeiro et Sao-Paulo), puis s'est diffusée à la fois géographiquement, socialement et démographiquement dans l'ensemble de la société brésilienne :

- *géographiquement*, des régions riches vers les régions pauvres. En 1980, les régions Sud et Sudeste du Brésil, avec 3,5 enfants par femme, devançaient largement le Nord et le Nordeste qui

¹ Il s'agit d'enquêtes réalisées à Uruara, *município* de la route Transamazonienne entre Altamira et Santarem à environ 1000 km de Belem. Une enquête réalisée en 1987 portait sur l'histoire génésique et le parcours migratoire de 110 femmes; lors d'une nouvelle opération en 1994, les questions sur la contraception ont été directement intégrées dans le questionnaire chef de ménage.

étaient encore à plus de 6 enfants par femme. Entre 1980 et 1984, la chute très importante de la fécondité a résulté en partie d'une baisse deux fois plus rapide au Nord-Nordeste qu'au Sud-Sudeste (baisse d'un enfant par femme contre 0,5). La diffusion s'est faite aussi des villes vers les campagnes : en 1980, les niveaux de fécondité étaient respectivement de 3,6 et 6,4 ; en 1984, l'écart s'est réduit avec 3,03 en ville et 5,3 en milieu rural.

- *socialement*, des riches vers les pauvres. En 1984, l'indice de fécondité varie de 5,85 enfants par femme, pour celles dont le revenu mensuel de la famille est égal ou inférieur au salaire minimum (environ 400 francs français) à 1,98 enfants par femme pour celles dont le revenu est égal ou supérieur à cinq fois le salaire minimum.
- *démographiquement*, des femmes en fin de cycle reproductif vers les femmes entrant dans leur vie féconde. Les courbes de la figure 1 montrent bien que la baisse de la fécondité a été relativement plus forte pour les femmes de plus de 30 ans dans la période 70-80 ; les femmes entre 15 et 19 ans voyant même augmenter leur indice de fécondité. Il en résulte une baisse de l'âge moyen des mères à la naissance des enfants (29,9 ans en 1970 contre 28,2 ans en 1984). Ce qui se traduit par un déplacement du pic de fécondité des femmes de 25-29 ans vers celles de 20-24 ans.

La fécondité a commencé à baisser quand la pilule a été disponible en 1965. Elle a été supplantée comme principal moyen contraceptif par la stérilisation au moment où la baisse de fécondité s'est accentuée au début des années 1980. En effet, la stérilisation était pratiquée dès les années 1960 (6 % des 5 900 000 femmes stérilisées en 1986 l'ont été avant 1970), mais elle a pris de l'ampleur à partir de 1980, avec en moyenne 540 000 femmes stérilisées par an entre 1980 et 1986 contre moins de 120 000 entre 1970 et 1974 et 250 000 entre 1975 et 1979. Les femmes de 25 à 34 ans représentent 61 % des 5,9 millions de femmes stérilisées en 1986 ; 35 % des femmes de cette classe d'âge sont stérilisées dont 44 % parmi celles qui ont eu au moins un enfant (IBGE, 1988). Il faut aussi remarquer que pilule et stérilisation sont les deux méthodes contraceptives quasi exclusives. Une si faible utilisation d'autres méthodes résulte certainement de l'indigence de l'offre qui n'a jamais été soutenue par l'État brésilien.

En Amazonie, à Uruara, nous retrouvons avec un décalage dans le temps le même phénomène. Lors de l'enquête de 1987, seulement

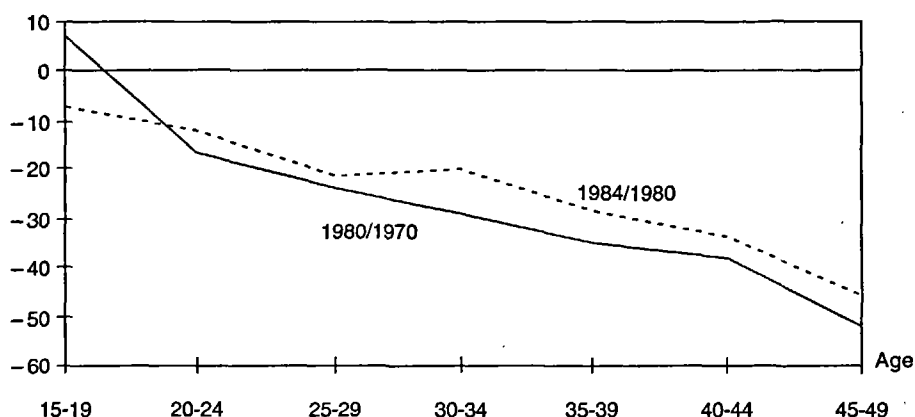


Figure 1
Baisse relative de la fécondité selon les groupes d'âges.

55% des femmes de plus de 30 ans en union utilisaient une méthode contraceptive contre plus de 70% en 1994. L'usage des méthodes a complètement basculé puisque, pour ce groupe de femmes en 1987, la pilule était avec 64% la méthode dominante alors qu'en 1994 elle ne représente plus que 18%, et que la stérilisation est le recours de 75% des femmes en union âgées de plus de 30 ans qui utilisent une méthode contraceptive. D'un point de vue général, l'usage de la contraception en 1994 par 64% des femmes en union est équivalent à la moyenne brésilienne de 1986. À Uruara, pourtant, la généralisation de la contraception a des limites car, là où s'arrêtent la route et l'école, la contraception est absente. La crise, qui pousse les familles à s'enfoncer dans les profondeurs de la forêt pour survivre, n'est manifestement pas « la meilleure pilule ».

Des comportements reproductifs en transformation

Retour à la pilule

Il apparaît clairement que les femmes ont utilisé la contraception pour limiter leur descendance finale. Ce sont celles qui étaient en fin de

cycle reproductif qui ont été les plus grandes utilisatrices au départ ; il s'agissait d'une contraception d'arrêt². Aujourd'hui, on constate chez les jeunes femmes, et parmi les couches les plus favorisées, un usage de la pilule pour espacer les naissances et même retarder la venue du premier enfant, dans la phase d'installation du couple. On constate ce phénomène à Uruara chez de jeunes couples d'agriculteurs³ qui s'installent sur des terres éloignées et qui ne souhaitent avoir des enfants que quand leurs conditions de vie seront moins précaires. On peut penser que ce passage d'une contraception d'arrêt à une planification de la descendance va se généraliser, mais nous en ignorons le rythme. L'usage de la pilule reste trop coûteux pour une importante fraction de la population et son suivi médical trop défaillant. Ce changement est porteur d'incertitude, puisque nous ignorons quand et à quel niveau ces jeunes femmes constitueront leur descendance.

Vasectomie et condom

Le préservatif, hier introuvable dans les pharmacies d'Uruara, a fait son apparition. Il est utilisé, en dehors des unions stables, par la jeunesse aisée pour se protéger du sida. Il limite un certain nombre de conceptions prémaritales et l'on peut supposer que son usage lors du vagabondage sexuel avant l'entrée en union a facilité l'usage de la pilule par les jeunes couples pour choisir leur calendrier reproductif.

La vasectomie, dont nous avons découvert les premiers cas lors de l'enquête en 1994, ne traduit pas une tentative de reprise de contrôle des femmes par les hommes. Mais, il est évident, lors de trois entretiens sur quatre⁴ menés à Uruara, que les hommes souhaitent à travers

² Ce qui explique en partie que la stérilisation soit devenue la méthode contraceptive dominante.

³ Interview de Marilza : « Nous sommes mariées depuis un an mais nous voulons pas d'enfant maintenant la maison n'est pas encore assez bonne et sans transport il est trop difficile d'aller à l'hôpital (ils habitent à 27 km de la transamazonienne et à 42 km de la ville). Quand mon mari aura une moto ou une auto nous pourrions avoir une petite maison en ville et alors j'aurais 2 enfants et peut être 3 si les conditions sont bonnes ».

⁴ Le quatrième, père séparé de 3 enfants dont il n'a pas la garde, revendique une paternité responsable. Il souhaite même lors d'une autre union ne plus avoir d'enfant pour toujours penser aux siens.

la vasectomie participer au contrôle de leur reproduction pour marquer leur existence sociale dans le couple. À la question, « pourquoi la vasectomie ? », ils répondent qu'ils ont suffisamment d'enfants, que ce n'est pas possible dans les conditions actuelles d'en avoir plus, qu'ils ont eut peur pour la santé de leur femme qui prenaient la pilule. Et si l'on insiste, on apprend que leur femme ne voulait pas se faire stériliser ; qu'il est normal que dans un couple chacun participe et que si la femme a assuré durant 12 ans la contraception, l'homme doit prendre le relais ensuite. La pratique de la stérilisation masculine montre l'ampleur de la transformation sociale, surtout la représentation de la place des enfants dans la société qui, en moins de 30 ans, ne sont plus perçus comme une richesse mais comme un coût, même par les hommes qui en ont pourtant peu la charge. Au Brésil, le modèle diffusionniste a non seulement été au-delà de la géographie, de l'économie et du social, il a aussi rompu la barrière des sexes.

■ Pourquoi une transition aussi rapide ?

Nous venons de voir comment la baisse de la fécondité est devenue massive en gagnant, de proche en proche, toutes les classes sociales et toutes les régions du Brésil. On pourrait en déduire qu'il n'y a pas de rupture dans la société et la nation brésilienne ; que malgré les énormes inégalités sociales, le Brésil est un pays socialement relativement homogène. Mais cela n'explique pas la rapidité de la transition. L'examen des différents facteurs montre d'abord que très peu d'arguments de la théorie classique s'appliquent au Brésil :

- il n'y a pas de politique de population et, ce n'est qu'en 1986 que le Gouvernement a levé l'interdiction faite aux services de santé publique de distribuer des méthodes contraceptives et de pratiquer des stérilisations ;
- des indicateurs sociaux font que le Brésil se retrouve au 82^e rang mondial, alors qu'il est la 9^e puissance économique mondiale ;
- une mortalité infantile certes en baisse (88 ‰ en 1980 et 49 ‰ en 1990), mais qui reste toujours à un niveau élevé (on peut même

se demander si la remontée de ce taux observé au début des années quatre-vingt n'a pas été maîtrisée grâce à la baisse de la fécondité très importante observée à la même période);

- un niveau de scolarisation relativement bas (88 % des enfants scolarisés dans le primaire, contre 98 % au Mexique et en Indonésie) et un système éducatif très peu performant. En 1994, l'Unicef a classé le Brésil à la dernière place mondiale derrière la Somalie et l'Éthiopie en matière d'éducation, relativement au niveau de développement économique ;
- une baisse de la fécondité entamée durant le miracle économique des années soixante-dix, qui s'est accentuée durant la récession des années quatre-vingt. Cette crise n'a fait qu'accentuer la précarité des services publics de santé et d'éducation. Si on entend aujourd'hui « la meilleure pilule c'est la crise », au Brésil, nous pourrions dire « la crise c'est la stérilisation » ;
- des indicateurs démographiques à contre sens : d'une part, une baisse de l'âge moyen des mères à la naissance, d'autre part, une augmentation de la fécondité chez les 15-19 ans jusqu'au début des années quatre-vingt.

Si le modèle classique de la transition est incapable de rendre compte de cette situation, c'est que la condition « toutes choses égales par ailleurs » n'est pas remplie. En effet, cette évolution va bien au delà de la démographie : c'est une mutation de la société brésilienne toute entière où tous les facteurs, politiques, économiques, sociaux et démographiques sont liés. Les points exposés ci-dessous illustrent cette diversité des facteurs :

- la place occupée par les femmes dans la société a beaucoup changé en 25 ans. Elles sont 39 % à avoir une activité en 1994 contre 20 % en 1970. En 1994, elles sont davantage scolarisées que les hommes, représentant 57 % des effectifs dans l'enseignement secondaire et 54 % à l'université. En 1967, pour 81 % des femmes, l'idéal était d'être mère au foyer, en 1994, elles répondent non à 79 % à cette même question (Veja, 1994). Lors de la même enquête, à la question « La femme peut-elle travailler même si elle n'en a pas besoin ? » [économiquement], elles répondaient non à 68 % en 1967 alors qu'elles répondent oui à 86 % en 1994 ;

- il existait une demande contraceptive insatisfaite, puisque que si 25 % des femmes reconnaissent avoir pratiqué un avortement en 1967 elles ne sont plus que 12 % en 1994 ;
- le Brésil n'est plus un pays de frontière agricole, la conquête d'une terre n'est plus le gage de l'autonomie et de la liberté (si cela ne l'a jamais été). Le salariat dans le secteur moderne de l'économie est une autre voie pour échapper à l'enfermement paternaliste. Chez les colons d'Uruara, le bien le plus précieux que l'on peut fournir à ses enfants c'est de bonnes études et non plus de la terre. Les colons qui ont abandonné leurs terres en forêt au Rondonia pour s'employer sur les exploitations céréalières des savanes traduisent ce changement par la formule « plutôt le salariat que la malaria »⁵ ;
- l'urbanisation constitue certainement un autre facteur d'importance, puisque la population brésilienne est aujourd'hui à 80 % urbaine, alors qu'en 1960 elle était majoritairement rurale.

Prévisions

Faire des prévisions s'avère délicat car, malgré une baisse importante de la fécondité, les modes de reproduction connaissent encore des transformations substantielles. Toutefois, nous pouvons donner la tendance du mouvement à court terme et émettre des hypothèses pour le plus long terme. La tendance actuelle devrait s'accroître dans un premier temps pour plusieurs raisons :

- il y a eu une baisse du nombre absolu des naissances dès le milieu des années quatre-vingt ; la génération 85-89 est moins nombreuse que la précédente pour la première fois depuis qu'existent les recensements au Brésil ;
- de nombreuses jeunes femmes sont stérilisées à un niveau de parité faible, ce qui leur interdit tout rattrapage dans le temps ;

⁵ Communication orale de Leborgne Anne. Les salariés des exploitations de soja du cerrado, anciens agriculteurs ou fils d'agriculteurs justifient ainsi leur renoncement à devenir des agriculteurs indépendants à cause des conditions de vie trop précaire.

- le seuil de reproduction sera atteint certainement dès l'an 2000, comme le prévoyait l'Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 1988) et non en 2025 (d'après les prévisions des Nations unies);
- un mouvement de baisse de la natalité qui va s'accroître puisque, dans les régions et les classes sociales qui ont été touchées en premier par la baisse de la fécondité, nous observons un nouveau changement dans le calendrier de constitution de la descendance : après une baisse de l'âge moyen à la première naissance, qui a accompagné la baisse de la fécondité, on observe une hausse de cet âge moyen. Ce phénomène produira son plein effet au moment où les premières générations de femmes moins nombreuses (nées à partir de 1984) arriveront en début de cycle de reproduction. Nous devons donc nous attendre à une baisse spectaculaire de la natalité vers 2005. Un indice synthétique de fécondité (ISF) très bas vers les années 2005 ne serait pas forcément alarmant puisqu'il résulterait, à ce moment là, de la généralisation de la contraception de planification et de l'entrée dans le cycle reproductif de manière conjoncturelle de la première génération de femmes la moins nombreuse.

À partir de 2005, les incertitudes sont nombreuses. Si la tendance est à la baisse de la fécondité, nous ignorons à quel niveau celle-ci se stabilisera et quand. Nous pourrions nous réfugier derrière « l'hypothèse gratuite » de la division de la population des Nations unies (Bourgeois-Pichat, 1988) d'une stabilisation dès que le seuil de reproduction sera atteint. Mais cette hypothèse a été si peu vérifiée dans les pays développés qui ont connu une transition lente, que l'on ne voit pas pourquoi elle devrait être retenue pour les pays en développement qui connaissent une transition rapide. Nous pouvons aussi nous interroger sur les conséquences d'un vieillissement rapide de la population et sur les capacités reproductrices de la société. Il ne faut pas non plus exclure un baby boom si la stabilisation politique du Brésil entraîne un développement économique rapide.

La deuxième phase de la transition démographique (la baisse de la fécondité) s'est effectuée au Brésil rapidement et en l'absence d'une politique de population. Il semble nécessaire aujourd'hui qu'existe un suivi de l'évolution, principalement quand la réduction de la fécondité est aussi massive et qu'en terme de PPF il subsiste une demande

contraceptive insatisfaisante. L'offre de méthodes contraceptives reste trop restreinte et conduit les femmes à choisir par défaut la stérilisation, les contraceptifs oraux restant trop coûteux et le suivi médical très insuffisant.

Pour conclure

Si l'hypothèse d'une stabilisation de la fécondité au seuil de reproduction paraissait une hypothèse raisonnable quand la baisse de la fécondité se produisait sur une longue période, il semble impossible de la retenir pour des pays qui connaissent une transition rapide⁶. Une baisse très en dessous du niveau de reproduction pourrait avoir des conséquences peut-être plus graves que celles d'une croissance soutenue de la population. Un vieillissement très rapide de la population pourrait interdire tout sursaut démographique et entraîner des nations comme le Brésil dans la spirale de la décroissance démographique. Les mouvements brusques sont très déstabilisants, qu'ils soient à la hausse ou à la baisse. Pourtant, ils sont d'essences différentes car, si la croissance a une autorégulation malthusienne (ajustement de la population aux ressources), la décroissance signifie la disparition de l'espèce. Bourgeois Pichat a bien montré que, avec un ISF qui se stabiliserait à 1,3, en moins de 400 ans, le dernier homme disparaîtrait de la planète. Si l'on se réfère aux modèles du monde animal, le lemming⁷ illustre bien celui de la croissance et le dinosaure⁸ celui de la décroissance. À l'échelle de notre histoire, c'est

⁶ Faute d'exemples dans le tiers-monde, nous pouvons prendre ceux de l'Italie et de l'Espagne qui, suite à une baisse assez rapide de leur fécondité, ont connu une décroissance de leur population en 1994.

⁷ Le lemming est un rongeur du Groenland qui pullule quand les ressources abondent et qui se suicide en masse pour assurer la survie de l'espèce. On parlait beaucoup de ce modèle dans les années 1970, quand le Club de Rome avait lancé son cri d'alarme.

⁸ Nous ne faisons pas l'hypothèse que les dinosaures ont disparu à cause d'une fécondité trop basse, sans savoir d'ailleurs si les paléontologues ont testé cette hypothèse. Mais, les dinosaures peuvent être considérés comme symbole de la disparition d'une espèce dominante; c'est par ailleurs le modèle animal qui a surgi lors de la renaissance des préoccupations écologiques en 1988.

cette peur de l'extinction de l'espèce qui a dominé et, d'une certaine façon, domine toujours : en effet, de manière détournée, certains écologistes nous disent que notre croissance trop forte pourrait rendre notre planète invivable.

Nous avons contesté l'existence d'une crise des paradigmes démographiques mais, ces mouvements brutaux de population remettent peut-être en cause un des fondements de la théorie démographique : le concept de « population stable ». Il existe un état stable de la population qui est perturbé par des événements extérieurs (guerres, épidémie, abondance des ressources, etc.), mais la population tend toujours à revenir vers cet état. Autrement dit, la dynamique de la population connaît un phénomène de résilience autour de l'état stable qui semblait historiquement valide. Mais, depuis le début de ce siècle, l'homme a acquis des moyens puissants d'intervention au niveau de sa propre reproduction. Le contrôle de la mortalité a permis une croissance sans précédent dans l'histoire et, par contre coup, la maîtrise de la fécondité va entraîner un vieillissement de la population. Nous ne sommes plus face à un phénomène de résilience mais, plutôt face à un phénomène de résonance qui remet lui-même en cause le concept de population stable. Il semble ainsi indispensable de compléter la théorie de la transition démographique en y ajoutant une troisième phase, après la baisse de la mortalité et de la fécondité, celle du retour à un état stable de la population. Car, si l'état stable ne semble pas être une loi naturelle, c'est une loi qui conditionne la survie de l'espèce humaine.

Bibliographie

- ATLAN H., 1992 —
Interview. Libération du 12 déc. 1992.
- BOURGEOIS-PICHAT, 1988 —
« Du XX^e au XXI^e siècle : l'Europe et sa population après l'an 2000 ». *Population*, 43 (1) : 9-43.
- SIMÕES C., DE OLIVEIRA L.A., 1988 —
Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil; a situação da fecundidade; determinantes serais e características da transição recente. Rio de Janeiro, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 63 p.
- IBGE, 1991 —
Anticoncepção 1986. Rio de Janeiro.
- IBGE, 1992a —
Anuário estatístico do Brasil, Rio de Janeiro.
- IBGE, 1992b —
Censo demográfico de 1991. Análises preliminares, Rio de Janeiro.
- LEBRAS H., 1992 —
« Avis à la surpopulation », in : *Demain la terre, Le Nouvel Observateur*, coll. Dossiers : 66-67.
- PECKER J.-C., 1992 —
« Pourquoi j'ai signé l'appel [d'Heidelberg] ? », *Libération*, 12 juin 1992.
- QUESNEL A., 1993 —
Médiations institutionnelles et régulation de la fécondité : quelques réflexions à partir du cas mexicain, miméo.
- VALLIN J., 1988 —
La population mondiale. Paris, La Découverte, coll. Repères, 127 p.
- VEJA, 1994 —
Especial Mulher a grande mudança no Brasil, *Editora Abril*, edição especial août/septembre 1994.